

Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa

Katsaus 2008–2011



SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Sosiaali- ja terveysministeri
Juha Rehula
Valtiosihteeri **Eeva Kuuskoski**

Peruspalveluministeri
Paula Risikko
Valtiosihteeri **Vesa Rantahalvari**



Kansliapäällikkö **Kari Välimäki**

YLIJOHTAJAT



Outi Antila
Vakuutusosasto
johtaa ja ohjaa vakuutuspolitiikkaa sekä kehittää sosiaalivakuutus- ja muuta vakuutuslainsäädäntöä. Ministeriön yhteydessä toimiva Lääkkeiden hintalautakunta vahvistaa lääkkeiden tukkuhinnan ja erityiskorvattavat valmisteet.



Kehitysjohtaja
Klaus Halla
Esikuntayksikkö
avustaa kansliapäällikön vastuulla olevien asioiden toimeenpanossa.



Kansainvälisten asiain johtaja **Liisa Ollila**
Kansainvälisten asioiden yksikkö
sovittaa yhteen hallinnonalan kansainvälisten asioiden hoitoa.

Kaikille mahdollisuus terveelliseen ja turvalliseen elämään.



Aino-Inkeri Hansson
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osastolla huolehditaan sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisestä ja sairauksien ehkäisemisestä, tuetaan ihmisten osallisuutta, turvataan lasten ja nuorten hyvinvointia, vastataan toimeentulotuesta ja asumistuesta, hoidetaan päihdeasioita, ympäristöterveydenhuoltoa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuskysymyksiä ja niiden suunnittelua. Lapsiasiavaltuutettu Maria Kaisa Aula edistää lapsen edun ja oikeuksien toteutumista.



Raimo Ikonen
Hallinto- ja suunnitteluosasto
vastaa ministeriön yleishallinnosta ja henkilöstöpolitiikasta ja koordinoi suunnittelua ja seurainta, kokoaa kehys- ja talousarvioesitykset, koordinoi tutkimus- ja kehittämistoimintaa sekä huolehtii maksuliikkeestä ja kirjanpidosta. Osasto myös kehittää tulosohjausta ja vastaa hallituksen tasa-arvopolitiikan toteuttamisesta.



Päivi Sillanaukee
Sosiaali- ja terveyspalveluosasto vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuudesta ja niiden henkilöstöön liittyvistä tehtävistä, eri väestöryhmien palveluista, perhepoliittisista tuista, lääkehuollosta, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnosta, sotilasvammalainsäädännöstä sekä asiakkaiden ja potilaiden asemaa koskevasta lainsäädännöstä.



Leo Suomaa
Työsuojeluosasto
kehittää ja valmistelee työsuojelulainsäädännön ja kansallisen työsuojelupolitiikan sekä koordinoi työsuojelututkimusta ja huolehtii kansainvälisestä yhteistyöstä työsuojelun alalla. Osaston tulosohjauksessa on työsuojelun piirihallinto, joka valvoo työsuojelua. Työsuojelupiirit siirtyivät Aluehallintovirastoihin työsuojelun vastuualueiksi 1.1.2010 alkaen. Tulosohjaus on edelleen sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluosastolla.



Tasa-arvovaltuutettu
Pirkko Mäkinen
Tasa-arvovaltuutettu
valvoo, että tasa-arvolakia noudatetaan



Viestintäjohtaja
Eeva Larjomaa
Viestintäyksikkö
sovittaa yhteen sosiaali- ja terveysministeriön viestintää, sidosryhmyötä ja julkaisutoimintaa sekä vastaa keskitetystä viestinnästä ja sen kehittämisestä.

Sosiaali- ja terveysministeriössä on kaksi ministeriä, sosiaali- ja terveysministeri ja peruspalveluministeri. Lisäksi kulttuuriministeri vastaa tasa-arvoasioista. Ministerit ohjaavat poliittista valmistelua. Heidän apunaan toimivat valtiosihteerit, erityisavustajat sekä kansliapäällikön johdolla koko ministeriön organisaatio, joka on kuvattu sivulla 23.



Sosiaali- ja terveysministeri
Juha Rehula

“Me ollaan sankareita kaikki kun oikein silmiin katsotaan me ollaan sankareita elämän ihan jokainen.” (J. Karjalainen)



Valtiosihteeri
Eeva Kuuskoski

Peruspalveluministeri
Paula Risikko

“Palvelut saadaan toimiviksi ja vaikuttaviksi vain yhteistyöllä, toimivalla työnjaolla ja pitämällä huolta myös työntekijöiden hyvinvoinnista.”



Valtiosihteeri
Vesa Rantahalvari



Tasa-arvoministeri
Stefan Wallin

“Vastaamme kaikki tasa-arvon toteutumisesta. Miehillä ja naisilla pitää olla samat oikeudet ja mahdollisuudet elämän kaikilla alueilla.”



Valtiosihteeri
Marcus Rantala



Hyvinvointia, terveyttä ja tasa-arvoa

Saatteeksi.....	5
Suomen malli.....	6
Sosiaali- ja terveysministeriö lisää hyvinvointia.....	6
Strategiset valinnat työn tukena.....	6
Työtä tehdään yhdessä hallinnonalan kanssa	6
Suomalaisen sosiaaliturvan peruspiirteet	7
Tasa-arvoa ja turvallisuutta työelämään.....	7
Euroopan unioni ja kansainväliset järjestöt toimintaympäristönä.....	8
Suomalaisten terveys ja sosiaalinen hyvinvointi tilastojen valossa	8
Hyvinvointi eilen, tänään ja huomenna	11
Suomalaisten terveyden ja toimintakyvyn puolesta.....	12
Palveluja uudistetaan laajalla kehittämishankkeella.....	13
Hoitoon pääsy turvataan - kiireettömään hoitoon määrääjassa	14
Sosiaalipalvelut toimiviksi	14
Sosiaaliturvan kokonaisuudistus vireillä.....	15
Hyvinvointia työelämään.....	15
Eläkeuudistus kannustaa pidempään työuraan	16
Vahvistetaan osallisuutta ja torjutaan köyhyyttä ja syrjäytymistä.....	17
Tukea lapsiperheiden hyvinvoinnille.....	18
Lasten ongelmiin puututaan mahdollisimman varhain	19
Tasa-arvoa toimintaohjelmilla.....	19
Katse tulevaisuuteen.....	20
Katse tulevaisuuteen.....	21

Saatteeksi

Sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla on suomalaisen sosiaali- ja terveys- sekä tasa-arvo- ja työturvallisuuspolitiikan johtaminen. Ministeriö toteuttaa omalta osaltaan hallitusohjelmaa: valmistelee lainsäädäntöä ja valvoo uudistusten toimeenpanoa. Tukena työssä on koko hallinnonalan virastojen ja laitosten asiantuntemus.

Kattava sosiaaliturva ja laajat hyvinvointipalvelut ovat olennainen osa suomalaista hyvinvointiyhteiskuntaa. Kaikki Suomessa asuvat ovat oikeutettuja sosiaaliturvaan sekä sosiaali- ja terveyspalveluihin. Järjestelmä on kattava, ja lähes kaikki kansalaiset käyttävät vuoden mittaan ainakin jotain sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla olevaa etuutta tai palvelua.

Sosiaali- ja terveysministeriöllä on pitkä kokemus sosiaaliturvan suunnittelusta ja ohjaamisesta. Vahvistamme ihmisten työ- ja toimintakykyä ja tuemme työelämässä jatkamista sekä varmistamme toimivat sosiaali- ja terveyspalvelut. Haluamme osaltamme vähentää köyhyyttä ja ehkäistä syrjäytymistä sekä taata ihmisille kohtuullisen toimeentulon. Olemme painottaneet yhä enemmän ongelmia ja riskejä tunnistavan ja ehkäisevän politiikan tärkeyttä.

Sosiaali- ja terveyspolitiikan merkitys yhteiskunnan yhtenäisyyden perustana on tunnustettu. Suomalaiset ovat varsin tyytyväisiä hyvinvointivaltioonsa. Toimeentuloturvan sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen on kehityttävä yhteiskunnan yleisen muutoksen tahdissa. Haasteitamme ovat väestön ikääntyminen, talouden ja työllisyyden kehitys, sosiaaliturvan rahoituksen kestävyys sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen alueellinen saatavuus. Globaali talous, Euroopan unioni ja kansainväliset sitoumukset heijastuvat yhä enemmän kansalliseen toimintaan.

Tämä julkaisu antaa yleiskuvan sosiaali- ja terveysministeriön toiminnan laajuudesta, painotuksista ja siitä, miten toimimme Suomessa.



”Tehokas ja taloudellinen julkinen sektori takaa parhaiten oikeudenmukaisen ja tasa-arvoisen yhteiskunnan.“

Kansliapäällikkö
Kari Välimäki

Suomen MALLI

Sosiaali- ja terveysministeriö lisää hyvinvointia

Hyvinvointiyhteiskunnan kehittäminen ja taloudellinen kasvu edellyttävät hyvinvoivaa ja työkykyistä työvoimaa sekä mahdollisimman monen osallistumista työhön.

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on, että kaikilla olisi yhdenvertaiset mahdollisuudet terveelliseen ja sosiaalisesti turvalliseen elämään. Ministeriö edistää tasa-arvoa miesten ja naisten välillä. Hallinnonala edistää väestön hyvää terveyttä ja toimintakykyä, sosiaalista oikeudenmukaisuutta, terveellistä työ- ja elinympäristöä, turvaa riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä kohtuullisen toimeentulon elämän eri vaiheissa.

Sosiaali- ja terveysministeriön pitkän tähtäimen suuntaviivoilla linjataan suomalaisten hyvinvoinnin rakentamista.

Strategiset valinnat työn tukena

Sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla olevat asiat on jäsennetty neljän strategisen asiakokonaisuuden mukaisesti. Nämä ovat:

- edistetään terveyttä ja toimintakykyä
- lisätään työelämän vetovoimaa
- vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä
- varmistetaan toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva

Tasa-arvon vahvistaminen ja lapsiperheiden hyvinvointi ovat myös olennainen osa toimintaa.

STM:n ydintehtäviä ovat lainsäädännön valmistelu ja toimeenpano, hallinnonalan ohjaus sekä EU- ja kansainvälinen toiminta. Ministeriö vastaa valtioneuvoston esikuntana toiminta- ja taloussuunnittelusta sekä seurannasta ja raportoinnista. Käytännön työ jakautuu lainsäädännön valmisteluun, erilaisiin hankkeisiin, projekteihin ja laajoihin ohjelmiin.

Viime vuosien laajimpia kehittämisohjelmia ovat olleet Kansallinen terveyshanke, Sosiaalialan kehittämishanke, Alkoholiohjelma, Terveyttä kaikille 2015 -kansanterveysohjelma, hallituksen tasa-arvo-ohjelma sekä työelämän vetovoimaa vahvistanut Veto-ohjelma. Nyt meneillään ovat Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste), Terveiden edistämisen politiikkaohjelma, Työperäisen masennuksen ehkäisyhanke (MASTO) ja Samapalkkaisuusohjelma. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA-komitea) esitykset ovat jatkovalmistelussa ja laaja kunta- ja palvelurakenteen uudistamishanke (PARAS-hanke) on myös etene-mässä.

Työtä tehdään yhdessä hallinnon-alan kanssa

Sosiaali- ja terveysministeriöllä ja sen hallinnonalalla on yhteiset tavoitteet. Virastot ja laitokset toteuttavat omalta osaltaan STM:n yhteiskunnallisia tavoitteita ja osallistuvat hallitusohjelman hankkeisiin. Ministeriö tekee hallinnonolonsa toimintayksikköjen kanssa tulossopimukset, joissa sovitaan tavoitteista nelivuotiskaudeksi. Tulossopimusten toteutuminen arvioidaan ja tavoitteet tarkistetaan vuosittain.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta ja laatua sekä työelämää parannetaan useilla kattavilla ohjelmilla. STM:n hallinnonala on viime vuosina painottanut toiminnan virtaviivaistamista, tuottavuutta sekä kustannustehokkuutta. Kun tuottavuus paranee, turvataan yhteiskunnan voimavarojen tehokas käyttö tulevina vuosina, jolloin väestö ikääntyy ja työvoima vähenee.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja sen hallinnonalan organisaatioita on uudistettu. Uudistukset ovat ajoittuneet vuosille 2008–2009. Toimintojen uudelleen organisointi koskee useita virastoja ja laitoksia. Tavoitteena on tehostaa toimintaa sekä vastata entistä paremmin toimintaympäristön muutoksiin.

Suomalaisen sosiaaliturvan peruspiirteet

Suomen sosiaaliturvajärjestelmä on luonteeltaan universaali. Meillä kaikilla on yleinen ja yhtäläinen oikeus sosiaaliturvaetuuksiin sekä sosiaali- ja terveyspalveluihin. Kaikilla asukkailla on mahdollisuus eläketurvaan, sairaus- ja vanhempainetuuksiin sekä työttömyysetuuksiin. Lisäksi kaikilla työntekijöillä on oikeus ansiotyöhön perustuviin etuuksiin, kuten työeläkkeeseen ja työtapaturmaetuuksiin.

Suomalaisen sosiaaliturvajärjestelmän keskeisinä osina ovat riskien ehkäiseminen, sosiaali- ja terveyspalvelut sekä toimeentuloturva. Ihmisten toimeentulo erilaisissa elämäntilanteissa turvataan kattavalla palvelujärjestelmällä ja sosiaalisilla tulonsiirroilla. Vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä on kunnilla.

Suomen sosiaalivakuutusjärjestelmässä yksityiset vakuutusyhtiöt hoitavat suuren osan sosiaalivakuutuksesta, vaikka järjestelmä on lakisääteinen. Sosiaalimenot rahoittavat pääosin työnantajat, vakuutetut, valtio ja kunnat.

Järjestelmä tukee sosiaalista yhtenäisyyttä, oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoa. Tulonsiirtojärjestelmä on tasannut tulonjakoa tehokkaasti ja köyhyysaste on Suomessa EU-maiden alhaisimpia. Kaikilla alle kouluikäisillä lapsilla on oikeus kunnalliseen päivähoitoon, ja se on antanut pienten lasten äideille mahdollisuuden osallistua laajasti työelämään.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteena on vähentää erilaisia riskejä ja ongelmia sekä tukea kansalaisten hyvinvointia. Ihmisiä rohkaistaan pitämään huolta terveydestään ja heitä kannustetaan vähentämään tupakan ja alkoholin kulutustaan. Ympäristöterveydenhuolto, perusterveydenhuolto, työsuojelu, työterveyshuolto sekä äitiyshuolto ja lastenneuvolatoiminta tukevat ongelmien ja riskien ehkäisyä. Tavoitteena on estää aktiivisesti köyhyyttä ja syrjäytymistä jo ennakolta. Sosiaali- ja terveyspolitiikalla on tässä keskeinen asema niin kansallisella (valtio) kuin paikallisellakin (kunta) tasolla.

Tasa-arvoa ja turvallisuutta työelämään

Suomessa tasa-arvotyöllä on pitkät perinteet. Naisen ja miesten välinen tasa-arvo on perusoikeus, joka todetaan perustuslaissa. Tasa-arvolain tarkoitus on estää sukupuoleen perustuva syrjintä ja edistää tasa-arvoa.

Suomen hallitus on sitoutunut tasa-arvon edistämiseen omalla tasa-arvo-ohjelmallaan. Ohjelman tavoitteena on rakentaa naisille ja miehille yhtäläiset mahdollisuudet erityisesti työelämässä ja helpottaa työn ja perheen yhteensovittamista. Naisten määrää taloudellisessa ja poliittisessa päätöksenteossa halutaan kasvattaa ja edistää tasa-arvoa palkkauksessa, alueellisessa kehityksessä ja kansainvälisessä yhteistyössä. Naisiin kohdistuvan väkivallan ja työmarkkinoiden segregaaion purkaminen ovat edelleen ajankohtaisia.

Suomi on muiden EU-maiden tavoin sitoutunut tasa-arvon valtavirtaistamiseen. Sen tarkoituksena on kehittää tasa-arvoa edistäviä hallinto- ja toimintatapoja osana ministeriöiden ja viranomaisen ydintoimintaa. Tasa-arvopolitiikkaa seurataan tasa-arvobarometrein kolmen vuoden välein.

Työntekijöiden työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen sekä työtapaturmien ja ammattitautien ehkäisy ovat työsuojelun keskeisiä tavoitteita. Työsuojelulla tuetaan henkistä hyvinvointia työssä ja työntekijöiden työssä jaksamista ja jatkamista sekä niiden edellytyksenä olevaa työn hallintaa. Tavoitteena on turvallista työympäristöä edistävä johtamis- ja turvallisuuskulttuuri työpaikoilla.

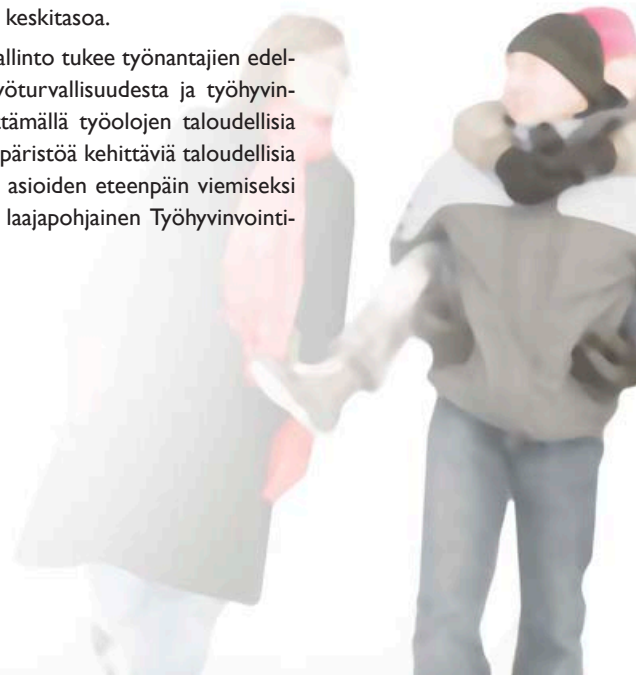
Vuonna 2008 alkanut globaali talouskriisi, julkisen sektorin rahoitusongelmat ja kasvanut työttömyys ovat lisänneet sosiaaliturvan tarvetta, mutta vaikeuttaneet samalla sosiaaliturvan rahoitusmahdollisuuksia. Sosiaalimenojen BKT-osuus on kasvanut viime vuosina: EU-vertailussa Suomen menot ovat EU-maiden keskitasoa.

Työsuojeluhallinto tukee työnantajien edellytyksiä huolehtia työturvallisuudesta ja työhyvinvoinnista mm. selvittämällä työolojen taloudellisia vaikutuksia ja työympäristöä kehittäviä taloudellisia kannustimia. Näiden asioiden eteenpäin viemiseksi on mm. perustettu laajapohjainen Työhyvinvointi-foorumi.



Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa

- sosiaali- ja terveyspolitiikasta
- hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä
- ympäristöterveydenhuollosta
- sosiaali- ja terveyspalveluista
- sosiaalivakuutuksesta (eläke-, sairaus- ja työttömyysvakuutus)
- yksityisvakuutuksen kehittämisestä
- työsuojelusta
- tasa-arvon edistämisestä
- hallinnonalan tutkimus- ja kehittämistoiminnan yhteensovittamisesta
- kansainvälisestä yhteistyöstä



Euroopan unioni ja kansainväliset järjestöt toimintaympäristönä

Sosiaali- ja terveysministeriöllä on laaja kansainvälinen, monenkeskinen ja kahdenvälinen yhteistyö hallitusten välisten organisaatioiden, järjestöjen ja sidosryhmien kanssa. Euroopan unionilla on lainsäädäntötoimivaltaa, joka osin sitoo jäsenvaltioita myös suoraan. Suomi on kuulunut Talous- ja rahaliiton (EMU) ja uudistetun vakaus- ja kasvusopimuksen piiriin niiden perustamisesta lähtien. EMU on vakauttanut taloutta ja alentanut Suomen ennen varsin korkeaa ja epävakaa korkotasoa. Väestörakenteen muutos, työmarkkinoiden rakennemuutos ja maapalloistumisen tuomat paineet edellyttävät vahvaa taloutta, jotta kasvaviin sosiaalimenoihin voidaan varautua.

EU:n tärkeänä tavoitteena on edistää ihmisten, tavaroiden, palvelujen ja pääoman liikkuvuutta. Sosiaali- ja terveysministeriö on mukana kehittämässä unionin politiikkaa niin, että kansallisten järjestelmien toimivuus voidaan sovittaa yhteen liikkumisvapauksien kanssa. Yhä useammalla politiikkalohkolla sisämarkkinat ja sosiaali- ja terveyspolitiikka ovat aikaisempaa tiiviimmässä vuorovaikutuksessa.

Lissabonin sopimus yhdistää Euroopan yhteisön ja unionin yhdeksi oikeushenkilöksi. Sopimus yksinkertaistaa unionin lainsäädäntötyötä, kun pääsääntönä on tavallinen lainsäädäntömenettely. Sosiaalipolitiikassa unionin toimivalta säilyy pääosin ennallaan. Sosiaaliturvan koordinaatiossa siirrytään määrääenemistöpäätöksiin ja sopimuksessa on uusi oikeusperusta yleistä taloudellista etua koskevien palvelujen sääntelyyn. Unionin toimivalta kasvaa terveysasioissa.

Euroopan unionin kasvustrategia vuosiksi 2000–2010 (Lissabonin strategia) on ollut tärkeä väline talous-, työllisyys- ja sosiaalipolitiikassa. Sosiaalista ulottuvuutta vahvistetaan EU:n päätöksenteossa ja toiminnassa. Avoimen koordinaation menetelmällä jäsenmaat asettavat yhteisiä tavoitteita ja sopivat seurainta indikaattoreista ja raportoinnista sekä välittävät tietoa hyvistä käytännöistä.

Ihmisen terveys on talouden ja työllisyyden peruspilareita. EU:ssa terveys ymmärretään laajasti. Terveyspolitiikka kattaa perinteisen kansanterveyden, terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisemisen lisäksi monia muita alueita, kuten terveyspalvelut, terveyteen vaikuttavat tuotteet ja ympäristöterveyden. EU:n terveyspolitiikkaa ohjaa vuonna 2007 annettu EU:n terveysstrategia vuosille 2008–2013. Yhä useammin terveyspolitiikka leikkaa muita politiikkalohkoja ja siihen vaikutetaan muiden politiikkojen kautta.

Tasa-arvopolitiikalla ja -lainsäädännöllä on YK:sta ja EU:sta tuleva vankka perusta ja normipohja. Kansainvälisten säädösten keskeisiä periaatteita ovat samapalkkaisuus ja sukupuolinäkökulman valtavirtaistaminen.

Suomi osallistuu aktiivisesti EU:n työturvallisuutta koskevan lainsäädännön ja direkttiivien valmisteluun. Tavoitteena on varmistaa työhyvinvointia ja työturvallisuutta koskevan yhteisöläisäädännön tehokas ja tasapuolinen täytäntöönpano.

Suomi osallistuu aktiivisesti myös YK:n, WHO:n, ILO:n, Euroopan neuvoston, Pohjoismaisen ministerineuvoston sekä muiden alueellisten, hallitustenvälisten järjestöjen toimintaan.

Suomalaisten terveys ja sosiaalinen hyvinvointi tilastojen valossa

Väestö on nyt terveempi ja toimintakykyisempi kuin aiemmin. Tästä huolimatta väestöryhmien väliset terveyserot eivät ole kaventuneet. Perinteiset kansantaudit ja tapaturmaiset kuolemat ovat vähentyneet, mutta tilalle ovat tulleet elintapaan ja ympäristöön liittyvät sairaudet kuten diabetes, astma, allergiat ja päihdeongelmat sekä mielenterveyden häiriöt. Koulutustason ja siihen liittyvän tulotason ja terveyden välillä on todettu olevan vahva korrelaatio.

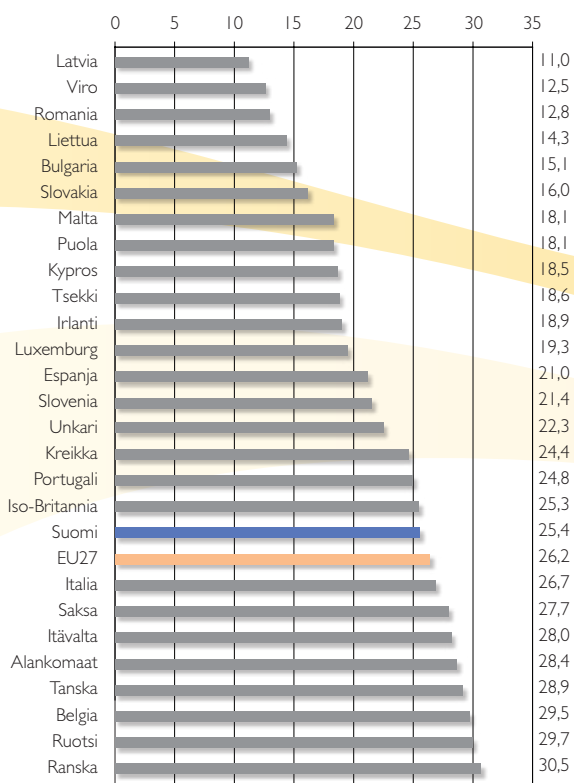
Elinajan odote on pidentynyt jatkuvasti ja ihmisen toimintakyky on kohentunut. Työolot ovat parantuneet ja eläkkeelle siirrytään myöhemmin kuin vielä muutama vuosi sitten.

Toimeentulotuen tarve on kääntynyt jälleen kasvuun useamman vuoden myönteisen kehityksen jälkeen. Talouskasvu paransi työllisyyttä selvästi ja työttömyysaste laski jo lähelle kuutta prosenttia. Vuoden 2010 alussa työttömyysaste on noussut jo lähes 10 prosenttiin. Myös ikääntyneiden työllisyysaste kasvoi, mutta tämäkin kehitys on nyt heikentynyt. Työttömyys on valtaosaltaan rakenteellista ja alueelliset erot työllistymisessä ovat suuret. Pitkäaikaistyöttömyys syrjäyttää liian monia ja syrjäytymisen ilmiöt kumuloituvat terveydessä, sosiaalisessa hyvinvoinnissa, yhteiskunnallisessa osallistumisessa, kulutuksessa ja asumisessa. Liikaliikavuudesta on tulossa merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Kasvanut alkoholin käyttö lisää alkoholi- ja terveyshaittoja. Lasten hyvinvoinnissa on ongelmia ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on suuri. Erityisesti masennus on yleistynyt työkyvyttömyyden synny. Tämä kaikki lisää syrjäytymisriskiä ja terveyseroja väestöryhmien välillä.

Vuonna 2009 sosiaalimenojen arvioidaan olevan 51 miljardia euroa, josta valtion talousarvion kautta rahoitetaan vajaa kolmannes. Sosiaalimenojen osuus bruttokansantuotteesta on noin 29 prosenttia. Sosiaalimenot koostuvat suurimmaksi osaksi eläkeistä, kuntien sosiaali- ja terveyspalveluista, työttömyysturvasta sekä sairausvakuutuksesta.

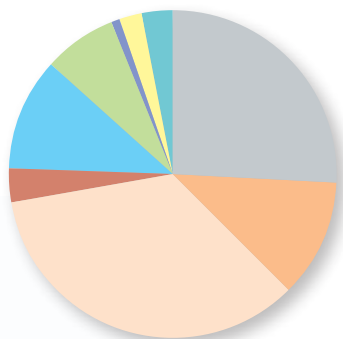
Sosiaalimenojen BKT-osuus on viime vuosina kasvanut tasaisesti lähes kaikissa EU-maissa. Suomen menot ovat EU-maiden keskitasoa.

Kuvio 1.
Sosiaalimenojen BKT-suhde EU-maissa
vuonna 2007.



Lähde: Eurostat

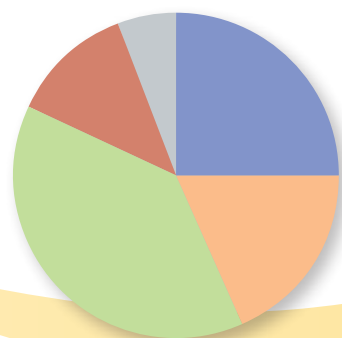
Kuvio 2.
Sosiaalimenot kohderyhmittäin vuonna 2009
(prosenttia kaikista menoista, 50,7 mrd euroa).



Sairaus ja terveys	25,8 %
Toimintarajoitteisuus	11,8 %
Vanhuus	34,7 %
Leski ja muut omaiset	3,2 %
Perhe ja lapset	11,1 %
Työttömyys	7,2 %
Asuminen	0,9 %
Muu sosiaaliturva	2,1 %
Hallinto	3,0 %

Lähde: STM

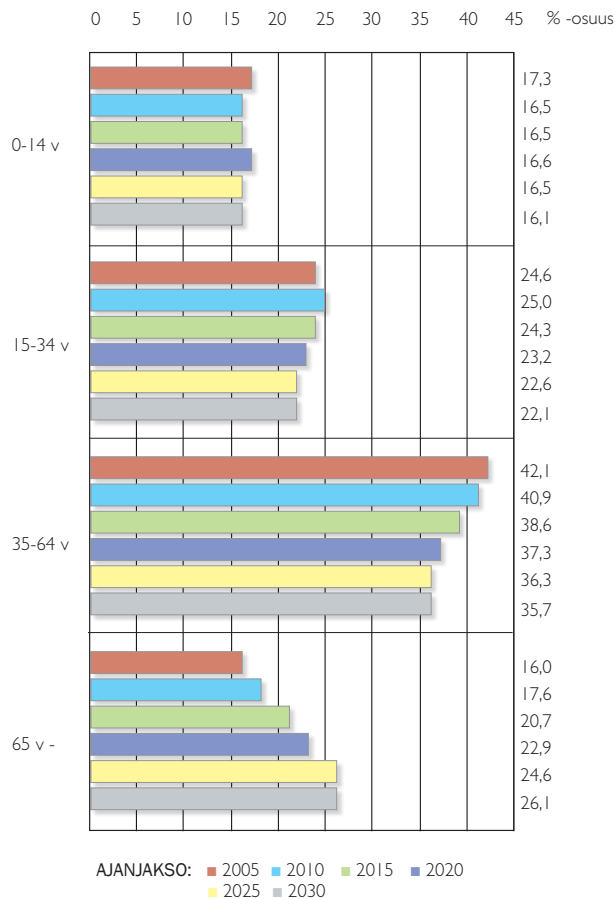
Kuvio 3.
Sosiaaliturvan kokonaisrahoitus Suomessa
vuonna 2009.



Valtio	25,1 %
Kunnat	18,5 %
Työnantajat	38,5 %
Vakuutetut yhteensä	12,2 %
Pääomatulot	5,7 %

Lähde: STM

Kuvio 4.
Väestörakenteen kehitys, eri ikäryhmien osuudet, %



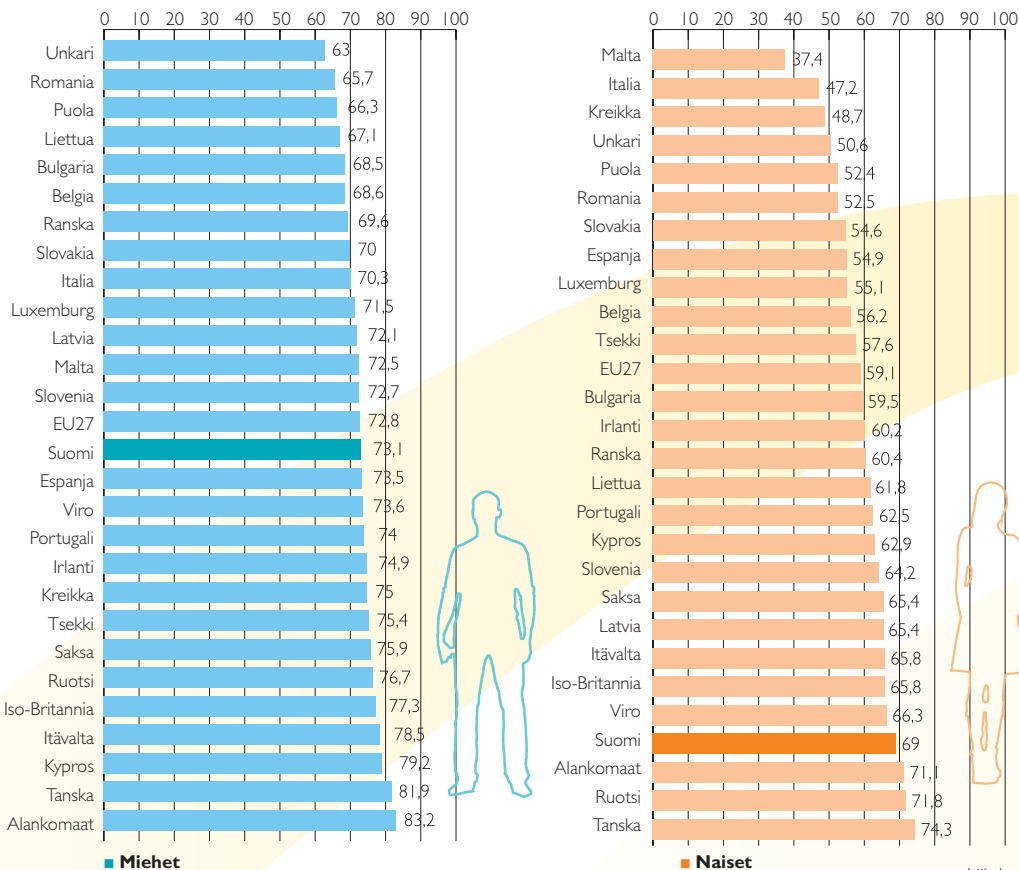
AJANJAKSO: 2005 2010 2015 2020 2025 2030

Lähde: Tilastokeskus

Kuvio 5.
Työllisyysaste
EU-maissa
vuonna 2008.

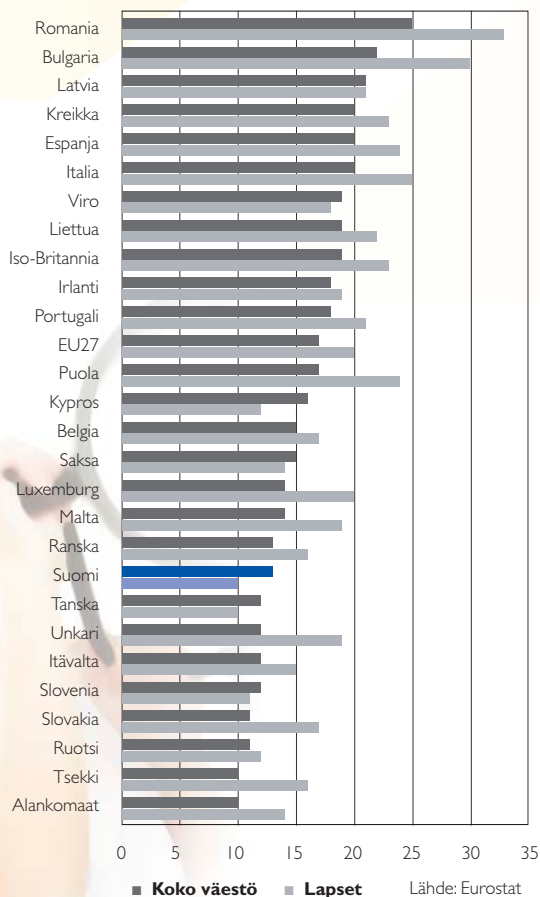


Kokonais-
hedelmällisyysluku
kuvaa syntyvyyttä.
Se on noussut
hieman viime
vuosina ja ylittää
EU-maiden
keskiarvon.



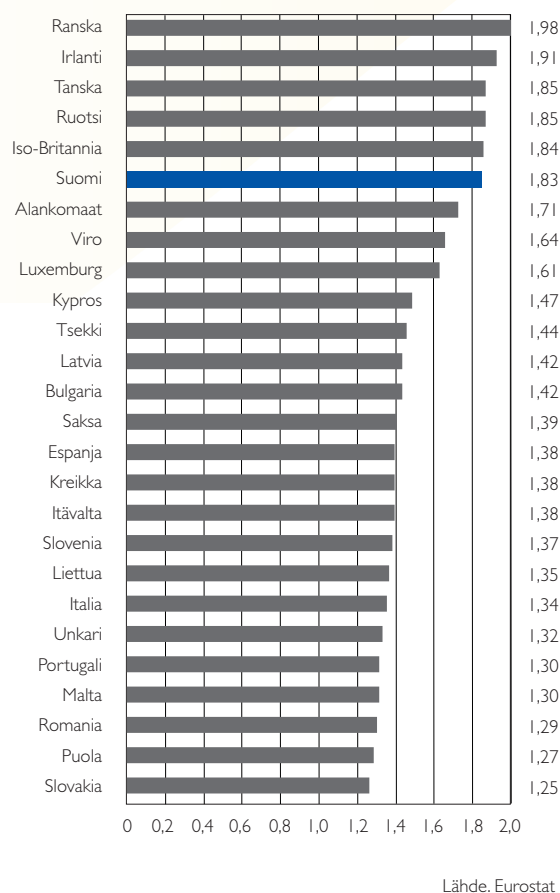
Lähde: Eurostat

Kuvio 6.
Köyhyysaste eräissä EU-maissa vuonna 2007.



Lähde: Eurostat

Kuvio 7.
Kokonaishedelmällisyys EU-maissa vuonna 2007.



Lähde: Eurostat

Hyvinvointi

EILEN, TÄNÄÄN JA HUOMENNA

II



Suomalaisten terveyden ja toimintakyvyn puolesta

Tavoitteena on, että väestöryhmien väliset terveyserot supistuvat, nuorten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee sekä alkoholista aiheutuvat kansanterveydelliset haitat vähenevät. Samoin tavoitellaan työikäisten kohentunutta työ- ja toimintakykyä, yli 75-vuotiaiden toimintakyvyn paranemista, vanhusten parantuneita mahdollisuuksia asua ja selviytyä kotona sekä vammaisille entistä enemmän mahdollisuuksia osallistua työelämään.

Väestön elinikä on noussut ja toimintakykyä elinvuosia on tullut lisää. Miesten ja naisten välinen ero eliniän odotteessa on nyt seitsemän vuotta. Kansainvälisesti ero on edelleen suuri. Suomalaisten toimintakyky ja terveydentila ovat kehittyneet pääosin myönteisesti kaikissa ikäluokissa. Sosioekonomisten väestöryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat säilyneet ennallaan ja jopa kasvaneet. Työttömyys, pienituloisuus ja toimeentulon vaikeudet, ylipainoisuus, tupakointi, alkoholikulutuksen kasvu ja vähäinen liikunta heikentävät väestön hyvinvointia.

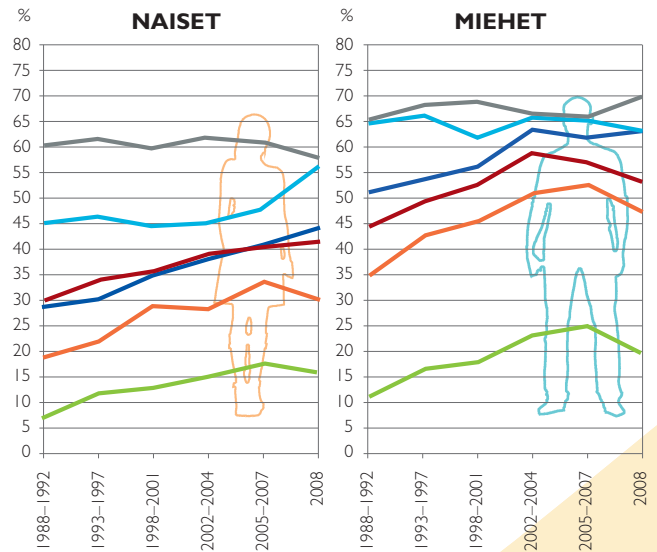
Alkoholipolitiikassa viime vuosien muutokset ovat olleet suuria; vuonna 2004 poistuivat alkoholin matkustajatuontirajoitukset toisista jäsenvaltioista ja alkoholiveroa alennettiin merkittävästi. Alkoholin kokonaiskulutus lisääntyi välittömästi samoin haitat, dramaattisimmin alkoholikuolemat. Alkoholiverotusta on kiristetty 3 kertaa vuosina 2008 ja 2009. Kulutus on lievässä laskussa, mutta haitat ovat edelleen korkealla tasolla.

Huumausaineiden käyttö ja haitat ovat Suomessa vakiintuneet 2000-luvulla.

Itsemurhien määrä on ollut perinteisesti korkea, mutta niiden lukumäärä on jo pidemmällä aikavälillä saatu selvään laskuun.

Kuvio 8.

Ylipainoisten osuus ikäryhmittäin vuosina 1988–2008.

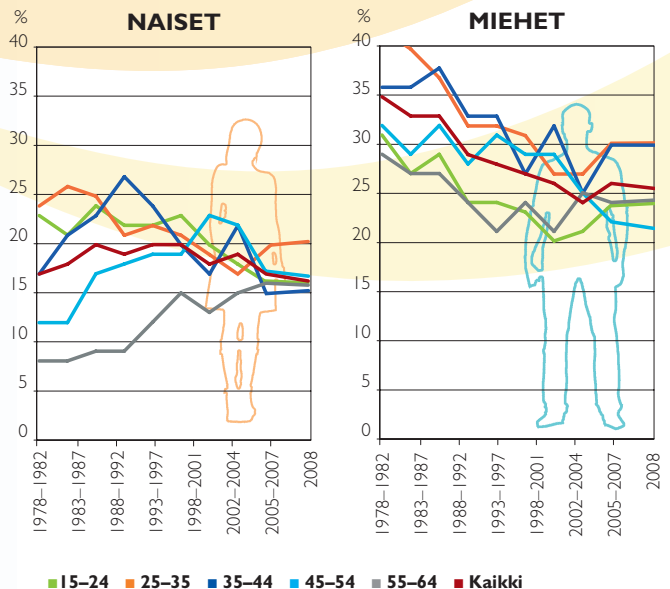


1) Painoindeksi 25 %

Lähde: THL

Kuvio 9.

Tupakoiden osuus ikäryhmittäin vuosina 1978–2008.



Lähde: THL



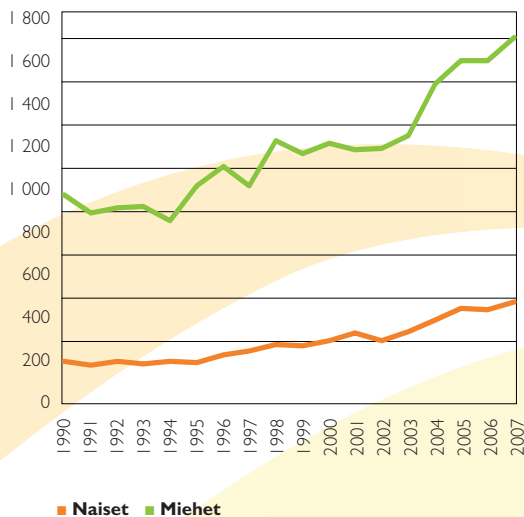
Lihavuus on kansanterveysongelma; siihen on tartuttu.

Tupakoinnin osuus on kansainvälisesti alhainen.

Kuvio 10.

Alkoholikuolemat vuosina 1990–2007.

(Peruskuolinsyynä alkoholisairaus tai -myrkytys)

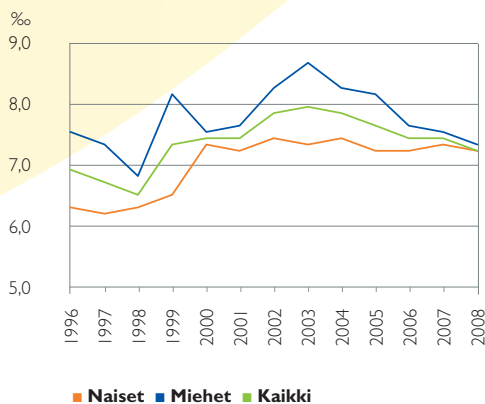


Lähde: Tilastokeskus

Kuvio 11.

35–54-vuotiaiden siirtyminen

työkyvyttömyyseläkkeelle vuosina 1996–2008.



Lähde: Eläketurvakeskus

Työikäisten terveys ja työkyky ovat kohenetuneet. Kuolleisuus sepelvaltimo- ja syöpäsairauksiin on laskenut huomattavasti. Miesten tupakointi on vähentynyt tasaisesti, ja nuorempien ikäluokkien tupakointion myös vähentynyt hiukan. Naisten tupakointi on lähes ennallaan. Koulutusryhmien väliset erot ovat säilyneet suurina, ja naisilla ero on jopa kasvanut.

Väestön, erityisesti nuorten ja nuorten aikuisten, ylipainoisuus on yleistynyt. Iäkkäiden toimintakyky on kohentunut viime vuosina. Kotona asuvien iäkkäiden osuus on pysynyt ennallaan. Mielenterveysongelmat, erityisesti masennus, ovat yleistyneet ja nousseet suurimmaksi alkavien työkyvyttömyyseläkkeiden syyksi.

Vuonna 2007 käynnistyi Terveystiedon edistämisen politiikkaohjelma. Se on yksi hallituksen kolmesta politiikkaohjelmasta, jotka kattavat vuodet 2007–2011. Useita vuosia käynnissä ollut Terveystiedon 2015 -kansanterveysohjelma integroitiin osaksi politiikkaohjelmaa. Painotuksina ovat väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen ja hallinnonalojen välinen terveyttä edistävä yhteistyö. Terveystiedon edistämisen toimintamalleja kehitetään yhdessä kuntien kanssa. Ikääntynyttä väestöä kannustetaan liikkumaan ja kaikkia muitakin tupakoimattomuuteen, kohtuulliseen alkoholinkäyttöön ja terveellisiin ruokailutottumuksiin.

Päihdehaittoja on koetettu vähentää monivuotisilla, laajoilla toimenpideohjelmilla. Niitä on toteutettu kumppanuusperiaatteella, jossa toimijoina ovat olleet kunnat, järjestöt, kirkot sekä valtion keskus- ja aluehallinnon organisaatiot. Erillisen huumeainepoliittisen ohjelman painotuksena on ollut huumeidenkäyttäjien riittävä ja asianmukainen hoito.

Tartuntatautien torjunnan merkitys on korostunut viime vuosina erityisesti pandemioiden eli laajojen tartuntatautien uhkan vuoksi. Tautien torjuntaan on varauduttu laajalla kansainvälisellä yhteistyöllä. Vuonna 2009 puhjennut H1N1-virusinfektio (sikainfluenssa) varauduttiin tilaamalla rokotteita koko väestölle. Laajat rokotukset käynnistettiin syksyllä 2009.

Palveluja uudistetaan laajalla kehittämishankkeella

Jotta ihmiset voisivat hyvin, on varmistettava toimivat sosiaali- ja terveyspalvelut. Siksi sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta ja laatua parannetaan. Palvelujen järjestämisen rakenteita ja palveluprosesseja uudistetaan sekä seudullista yhteistyötä vahvistetaan. Uudistamista ohjaa Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste), joka on vahvistettu vuosille 2008–2011. Ohjelmassa viedään läpi haluttuja muutoksia yhteistyössä sidosryhmien ja kentän toimijoiden, erityisesti kuntien kanssa. Tavoitteena on edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä turvata henkilöstön riittävyys, palvelujen laatu, vaikuttavuus ja saatavuus kaikkialla Suomessa.

Julkisten palvelujen laatubarometrin mukaan kansalaiset ovat tyytyväisiä julkiseen päivähoitoon. Terveystiedonhuollosta arvio on hieman heikompi. Kansainvälisissä tutkimuksissa suomalaisten tyytyväisyys terveydenhuollon palveluihin on säilynyt hyvänä muihin Euroopan unionin maihin verrattuna.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa työskenteli vuonna 2009 kaikkiaan noin 250 000 henkilöä, 45 prosenttia sosiaalihuollossa ja 55 prosenttia terveydenhuollossa.

Hoitoon pääsy turvataan - kiireettömään hoitoon määräajassa

Vuosina 2003–2007 toteutetun kansallisen terveydenhuollon hankkeen keskeisenä tavoitteena oli parantaa kiireettömään hoitoon pääsyä. Hoitoon pääsyn turvaamiseksi laadittiin yhtenäiset kiireettömän hoidon kriteerit. Yli puolen vuoden hoitojonot lyhenivät selvästi, mutta kokonaan niistä ei vielä ole päästy. Vuoden 2002 syksyllä yli kuusi kuukautta hoitoa jonottaneita oli noin 66 000, elokuussa 2009 hiukan yli 4000. Vuoden 2009 syksyn sikainfluenssan vaatimat toimet heikensivät myönteistä kehitystä. Suun terveydenhuollon hoitoon pääsyä vaikeuttaa paheneva hammaslääkäripula. Hoidon saatavuus on kohentunut, mutta edelleen on merkittäviä alueellisia eroja.

Terveyskeskusten toiminnan ongelmia on selvitetty ja etsitty niihin ratkaisuja. Seudullisen yhteistyön vahvistaminen on erityisenä painotuksena. Tavoitteena on myös tehostaa laboratorio- ja kuvantamispalvelujen järjestämistä ja tietoteknologian hyödyntämistä nykyistä suurempina kokonaisuuksina. Uuden teknologian käyttöönottoa on edistetty useilla terveydenhuollon ja sosiaalialan kehittämishankkeilla.

Hallitus käynnisti vuoden 2005 keväällä laajan hankkeen kunta- ja palvelurakenteen uudistamiseksi (PARAS-hanke) ja helmikuussa 2007 tuli voimaan uudistusta koskeva puitelaki. Paras-uudistuksella vahvistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen väestöpohjaa, toteutettamalla kuntaliitoksia ja perustamalla sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintalueita. Erityispalveluja varten tulee lain mukaan muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset laajan väestöpohjan kuntayhtymät, joihin jokaisen kunnan on kuuluttava. Sosiaali- ja terveysministeriö korostaa hankkeessa hoito- ja hoivaketjun eheyttä asiakkaan näkökulmasta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen kiinteää yhteyttä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) toimenpitein tuetaan kuntien ja kuntayhtymien valmistelutyötä.

Terveydenhuollon sisältöä ohjaa jatkossa uusi terveydenhuoltolaki. Myös sosiaalihuollon erityislainsäädäntöä uudistetaan kokonaisuutena. Säädosmuutosten voimaantulo tapahtuu vaiheittain vuosien 2011–2013 aikana. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellista uudistustyötä jatketaan.

Lääkäreitä on tällä hetkellä enemmän kuin koskaan. Lääkäreiden lukumäärä oli vuonna 2009 noin 17 800, hammaslääkäreiden määrä 4 300. Kaikkia lääkärinvirkoja ei ole pystytty täyttämään ja tämä on aiheuttanut ongelmia erityisesti pienemmillä paikkakunnilla. Myös hammaslääkäreistä on pulaa. Kansainvälisesti verraten lääkäreitä on silti runsaasti, mutta osa heistä toimii muissa kuin lääkärintehtävissä.

Valtakunnallista tietojärjestelmää sähköisten potilas- ja asiakasasiakirjojen keskittämiseksi ja arkistointiseksi rakennetaan parhaillaan. Sähköinen lääkemääräys otetaan vaiheittain käyttöön vuodesta 2010 lähtien. Myös sosiaalihuollossa valmistellaan kansallisesti yhtenäisiä asiakastietojärjestelmiä. Niillä tehostetaan toimintaa ja hallitaan asiakasketjuja.

Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee keväällä 2010 lakimuutosta, jolla pitkäaikaista laitoshoidoa, perhehoitoa tai asumispalveluja tarvitseville taattaisiin oikeus valita kotikuntansa. Tavoitteena on, että näitä palveluja tarvitsevien olisi helpompi vaihtaa kotikuntaa ja esimerkiksi muuttaa lähemmäs omaisiaan. Nykyisellään kotikuntalaki rajoittaa tätä valinnan vapautta. Kunnille on tarkoitus säätää velvollisuus järjestää muuttamaan halukkaalle hänen tarvitsemansa palvelut jo ennen muuton toteutumista. Lakimuutosten on tarkoitus tulla voimaan vuoden 2011 alusta.

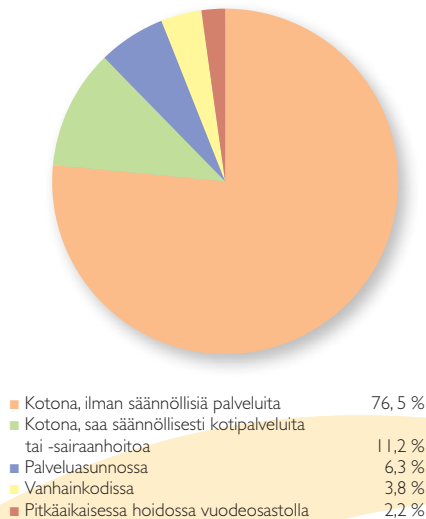
Sosiaalipalvelut toimiviksi

Sosiaalihuollon kehittäminen on sisällytetty Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämisohjelmaan (Kaste 2008–2011). Ohjelman päätavoitteina on lisätä kuntalaisten osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä, lisätä väestön hyvinvointia ja terveyttä, ja kaventaa samalla hyvinvointi- ja terveyseroja. Lisäksi tavoitellaan palvelujen laadun, saatavuuden ja vaikuttavuuden parantumista ja alueellisten erojen vähentymistä.

Toimeentulotuessa otettiin vuonna 2008 käyttöön sosiaalitakuu, jolla varmistetaan asiakkaan pääsy kunnan sosiaalityöhön ja vähimmäistoimeentuloturvan piiriin. (Toimeentulotukea hakevan asiakkaan tulee saada päätös asiaansa 7 päivän kuluessa ja kiireellisissä tapauksissa samana tai viimeistään seuraavana päivänä. Sosiaalityöntekijän vastaanotolle tulee päästä 7 päivän kuluessa.)

Vanhuksille ja vammaisille taataan mahdollisuus asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään ja tämän jälkeen heille luodaan mahdollisimman kodinomaiset asumisolot. Yhä useammalle tarjotaan palvelu- tai tukiasuntoa. Kotona asumista helpotetaan kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja omaishoidon tuen avulla. Nämä periaatteet sisältyvät sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhdessä antamaan Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen. Se annettiin vuoden 2008 helmikuussa. Vaikeavammaisten osallistumista yhteiskuntaan on helpotettu lisäämällä kulketuspalveluja, tulkkipalveluja sekä henkilökohtaisia avustajia. (muutokset: vanhusten hoitotakuu: vammaispalvelulain muutos)

Kuvio 12. Yli 75-vuotiaiden asuminen ja palvelut vuonna 2008.



Lähde:THL

Sosiaali- ja terveystoimen menojen osuus kuntien kokonaismenoista on kasvanut vuosittain. Se on keskimäärin runsaat 50 prosenttia. Kunnat saavat valtion budjetista sosiaali- ja terveystoimen valtionosuutta, joka kattaa laskennallisesti lähes kolmanneksen näistä menoista. Osuutta on lisätty selvästi viime vuosina. Toimeentulotukea saaneiden henkilöiden ja kotitalouksien lukumäärät kääntyivät nousuun vuonna 2009. Määrä on edelleen korkea; vajaat 7 prosenttia väestöstä saa toimeentulotukea vuoden aikana.

Sosiaaliturvan kokonaisuudistus vireillä

Hallitus käynnisti laajan sosiaaliturvan uudistamishankkeen (nk. Sata-komitea) vuoden 2007 kesällä. Laajapohjaisen komitean loppumietintö valmistui vuoden 2009 lopussa. Tavoitteena on lisätä sosiaaliturvan kannustavuutta, parantaa kaikkein pienituloisimpien asemaa sekä uudistaa etuusjärjestelmän hallintoa.

Uudistus on edennyt vaiheittain. Komitean linjausten mukaisesti hallitus on päättänyt toteuttaa vuoden 2010 alusta useita toimenpiteitä, joiden tavoitteena on työurien pidentäminen ja työelämän parantaminen. Kokonaisuuteen liittyy mm. osasairauspäivärahan kehittäminen, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työllistymisen esteiden vähentäminen, opiskelijoiden aseman parantaminen sekä lainsäädäntökokonaisuus, jolla kannustetaan työnhakua ja siten lyhennetään työttömyysjaksoja. Hallitus päätti ns. takuueläkeuudistuksen toteuttamisesta sekä perusturvaetuuskien indeksisuojan laajentamisesta. Uudistukset tulevat voimaan 1.3.2011 lukien.

Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt kuluvaan vuosikymmenen tärkeimmät tavoitteet kansalliselle lääkepolitiikalle. Lähtökohtana on lääkkeiden hyvän alueellisen saatavuuden turvaaminen ja lääketurvallisuuden ylläpitäminen. Jotta lääkehoitoja voidaan kehittää, on huolehdittava myös lääketutkimuksen toimintaedellytyksistä. Lääkkeiden rationaalista määräämistä ja käyttöä edistetään pitkän tähtäimen toimilla. Vuonna 2009 otettiin käyttöön viitehintajärjestelmä lääkekustannusten kasvua hillitseväksi toimenpiteenä. Viitehintajärjestelmä on toiminut hyvin ja se tuottaa arviolta vuositason noin 100 miljoonan euron säästön. Lääkekustannusten kasvua on tärkeää hillitä myös tulevina vuosina. Lääkeasioiden hallinto uudistettiin vuonna 2009, kun Lääkehuollon turvallisuus ja kehittämiskeskus (Fimea) aloitti toimintansa 1.11.2009. Laitoksen sijaintipaikkana on Kuopio, jonne toiminnot siirretään asteittain vuoden 2014 elokuuhun mennessä. Lääkepoliittisten linjausten uudistaminen käynnistyi vuoden 2010 alussa. Linjausten (Lääkepolitiikka 2020) on tarkoitus olla valmiina vuoden 2010 lopussa. Apurahansaajille tuli oikeus ansiosidonnaiseen eläke- ja tapaturmaturvaan, sairauspäivärahaan ja ryhmähenkivakuutukseen sekä työmarkkinatukeen vuonna 2009.

Hyvinvointia työelämään

Tavoitteena on, että työolot ovat terveelliset ja turvalliset, ja että ihmiset voivat hyvin töissä. Työterveyshuolto ja kuntoutusmahdollisuudet halutaan toimiviksi. Suomessa on toteutettu viimeisen kymmenen vuoden aikana laajoja, työssä jatkamista kannustavia toimenpideohjelmia. Laajapohjainen, työn ja työelämän vetovoimaisuutta vahvistava Veto-ohjelma toteutettiin vuosina 2003–2007. Sen työtä jatketaan Työhyvinvointifoorumissa. Tavoitteena on, että vuonna 2011 työssäoloaika on pidentynyt keskimäärin yhdellä vuodella vuoteen 2007 verrattuna, sairauspoissaolot ovat vähentyneet 15 prosenttia, työelämään tulo on aikaistunut, työtapaturmien taajuus ja ammattitautien syntyminen ovat vähentyneet 40 prosenttia ja niiden vakavuusaste vähentynyt. Tavoitteena on myös nostaa eläkkeellesiirtymisikää vähintään kolmella vuodella vuoteen 2025 mennessä.

Suomen varautuminen väestön ikääntymiseen sai merkittävän tunnustuksen, kun saksalainen Bertelsmann-säätiö myönsi vuonna 2006 kansainvälisen tunnustuspalkintonsa Suomelle. Säätiö osoitti palkintonsa erityisesti Kansalliselle ikäohjelmalle sekä sen työtä jatkaneille VETO-, TYKES- ja NOSTE-ohjelmille. Perusteluissaan säätiö korosti Suomen kykyä sopeutua muuttuviin olosuhteisiin ja antoi kiitosta työelämän ikääntymisongelman varhaisesta havaitsemisesta ja laajasta yhteistyöstä, jolla haasteeseen on tartuttu. Tunnustuspalkinto oli pohjana kansalliselle työhyvinvoinnin palkinnolle, joka jaetaan vuosittain.



Hoitoon pääsyn määräajat

Kiireellistä hoitoa tarvitsevat potilaat hoidetaan heti.

Terveyskeskukseen on saatava puhelin-yhteys välittömästi virka-aikana eli silloin, kun terveyskeskus on ilmoittanut olevansa avoinna.

Hoidon tarve on arvioitava terveyskeskuksessa kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta. Arviointi voidaan tehdä puhelimitse ja sen voi tehdä muukin terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri.

Sairaalaa tulneiden läheteiden perusteella lääkärin on tehtävä arvio potilaan hoidon tarpeesta kolmessa viikossa. Jos lääkäri toteaa, että potilas tarvitsee hoitoa sairaalassa, hoito on aloitettava viimeistään kuuden kuukauden kuluessa.

Fyysiset työolot ovat yleisesti parantuneet. Työtapaturmien määrän lasku näyttää toisaalta pysähtyneen; muutaman viime vuoden aikana tapaturmia on sattunut enemmän suhteutettuna tehtyyn työaikaan. Myös työpaikkakuolemien määrä on noussut. Työelämään liittyvät epävarmuustekijät, uhkat ja vaativuudet ovat lisääntyneet. Erityisesti työn psykososiaalinen kuormittavuus säilyy haasteena. Kuitenkin kiire työssä on vähentynyt ja henkilöstön koulutus- ja kehitysmahdollisuudet ovat kasvaneet.

Taulukko 1. Työolojen kehitys vuosina 1996–2007.

	1996	2001	2005	2006	2007*
Työpaikkatapaturmien taajuus					
(milj. työtuntia kohden)	30	30	32	33	34
Työpaikkakuolemat	47	44	51	46	46
Työmatkakuolemat	24	42	31	20	16
Korvatut ammattitaudit	6 400	5 100	4 350	4 800	5 000

*) Ennakkotieto

Lähde: Tapaturmavakuutuslaitosten liitto:
Työtapaturma- ja ammattitautitilastot.

Eläkeuudistus kannustaa pidempään työuraan

Vanhuuseläkeläisten määrä on kasvanut väestön ikääntyessä. Sen sijaan eri varhaiseläkkeiden saajia on selvästi vähemmän kuin ennen. Kansaneläkkeen merkitys on asteittain vähentynyt, koska yhä useampi uusi eläkkeensaaja on ehtinyt kartuttaa työeläkettään.

Kansaneläkettä saavien henkilöiden toimeentuloa on parannettu useilla kansaneläkkeiden tasokorotuksilla 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. Kansaneläkeissä on luovuttu myös kuntien kalleusluokituksesta. Lisäksi laitoshoidossa oleville maksetaan kansaneläkkeitä alentamattomana ja vuonna 2010 laitoksiin aletaan maksaa myös eläkkeensaajien hoitotukea sekä vammaisetuutta.

Suomalaista työeläkejärjestelmää uudistettiin vuoden 2005 alussa. Eläkejärjestelmän kestävä rahoituksen kannalta uudistus oli keskeinen. Niin sanottu elinaikakertomella tarkistetaan tulevia eläkkeitä niin, ettei elinajan piteneminen kasvata eläkemenoja automaattisesti. Työskentelemällä pidempään on mahdollista kompensoida oman eläketason aleneminen.

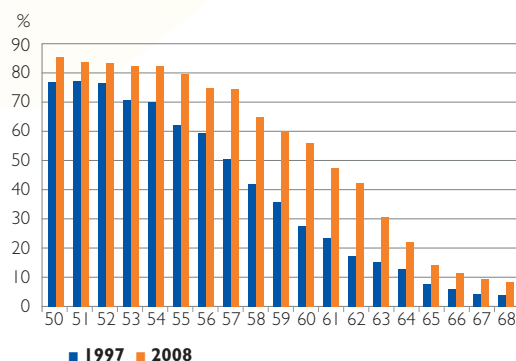
Eläkeuudistuksella kannustetaan ikääntyviä jatkamaan työssäkäyntiä. Eläkkeelle voi jäädä 63-vuotiaana, mutta työelämässä voi myös jatkaa 68 vuoden ikään. Eläkkeen määräytymisperusteena oleva palkka lasketaan koko työuran ajalta. Eläkeuudistus sisältää useita työssä jatkamista tukevia kannustimia ja tukee eläkkeiden kestävä rahoitusta. Kuntien ja valtion eläkkeet uudistettiin samoin periaattein kuin yksityisellä sektorilla.

Kehitys työmarkkinoilla oli vuoden 2008 syksyyn asti myönteistä: ikääntyneet osallistuvat työhön aiempaa enemmän ja eläkkeelle siirryttiin myöhemmin. Tähän vaikuttivat vuoden 2005 eläkeuudistus, yleinen taloustilanne sekä työn ja työelämän kehittämiseksi sekä työkyvyn ylläpitämiseksi tehdyt monet toimet. Asenneilmastoa on onnistuttu muuttamaan niin, että pidempiä työuria, työssä pysymistä sekä ikääntyneitä työntekijöitä arvostetaan aiempaa enemmän. Vuoden 2008 syksyllä alkanut finanssikriisi ja työllisyystilanteen heikkeneminen ovat heikentäneet myönteistä kehitystä.

Hallitus päätti yhdessä työmarkkinajärjestöjen kanssa käynnistää uusia työuran pidentämistä ja työhyvinvointia tukevia toimenpiteitä. Vuoden 2010 aikana päätetään työuran pidentämistä tukevista toimenpiteistä, erityisesti työhyvinvoinnin alueella. Keskeisenä ongelmana on varhainen työstä poistuminen työkyvyttömyyseläkkeelle tai muille varhaiseläkkeille.

Naisten sairauspoissaolopäivien määrä nousi hieman, kun miesten taas laski. Poissaolojen merkittäviä syitä olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielenterveyden häiriöt. Osasairauspäiväraha tuli mahdolliseksi vuoden 2007 alussa. Sillä ehkäistään sairauspoissaolojen pitkittymistä ja jatkuvaa työkyvyttömyyttä. Osasairauspäiväraha tukee kuntoutusta ja työhön paluuta. Vuosittain yli 4000 työkyvyttömyyseläkkeen alkamissyynä on masennus. Tämän vuoksi vuonna 2007 käynnistettiin monivuotinen ohjelma masennuksen ehkäisemiseksi (MASTO-hanke).

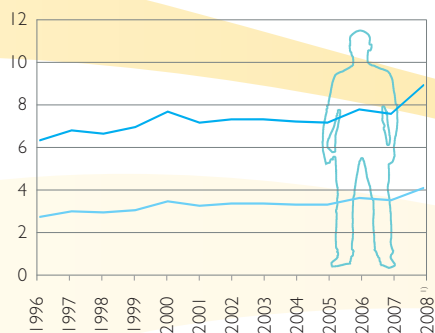
Kuvio 13. 50–68-vuotiaiden työllisyysasteet vuosina 1997 ja 2008.



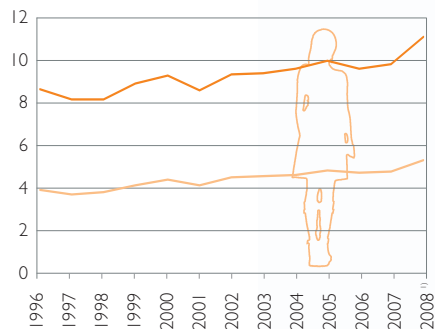
Lähde: Tilastokeskus

Työn ja perheen yhteensovittamista on helpotettu. Osittaisen hoitovapaan korvausta maksettiin aiemmin alle kolmivuotiaan vanhemmille, mutta nyt myös lapsen esikoulun ja kahden ensimmäisen luokan ajan. Vanhempainvapaiden etuuksia on parannettu ja korotettu työnantajille maksettavaa vuosilomakustannusten korvausta. Erityisesti isiä on kannustettu pitämään aiempaa enemmän perhevapaista mm. erillisellä kampanjalla. Vuoden 2010 isät saivat myös isyysvapaaseensa lisäviikon.

Kuvio 14. Työllisten (17–75-vuotiaiden) tehdyt työpäivät sekä poissalopäivät sairauden takia vuosina 1996–2008.



- Sairauspäiviä työllistä kohden, miehet
- Sairauspäivien osuus tehdyistä työpäivistä, %, miehet



- Sairauspäiviä työllistä kohden, naiset
- Sairauspäivien osuus tehdyistä työpäivistä, %, naiset

Lähde: Tilastokeskus

¹⁾ Vuonna 2008 tilastointikäytäntö on muuttunut, mikä selittää karkeasti ottaen kolmanneksen eroa edelliseen vuoteen.

Vahvistetaan osallisuutta ja torjutaan köyhyyttä ja syrjäytymistä

Sosiaali- ja terveysministeriö haluaa, että kansalaisten osallisuus lisääntyy yhteiskunnassa eri tavoin. Köyhyyttä vähennetään ja syrjäytyneistä pidetään huolta. Työtä tehdään, jotta pitkäaikaistyöttömyys ja rakennetyöttömyys, toimeentulotuen pitkäaikainen tarve ja lapsiperheiden köyhyys vähenevät. Tavoitteena on lisätä eri hallinnonalojen yhteisvastuullisuutta paikallistason palvelujärjestelmässä. Sosiaalityön eri muotoja, lasten ja nuorten ennaltaehkäiseviä terveyspalveluja sekä päihdehuollon, mielenterveyden ja lastensuojelun palveluita lisätään. STM haluaa, että huumehoitoa palveluja tarjotaan riittävästi, hallinnonalojen yhteistyötä syrjäytymisen torjunnassa tiivistetään ja asunnottomuutta vähennetään. Julkisen sektorin tukena toimii vahva kolmas sektori. Sen tärkeänä rahoittajana on Raha-automaattiyhdistys.

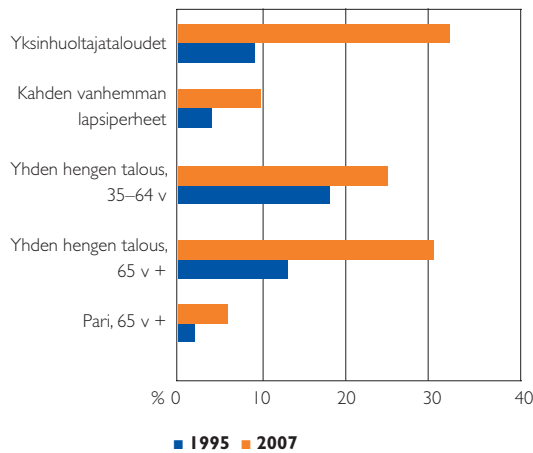
Sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisyn lähtökohdaksi on ajatus, että sosiaalinen osallisuus ja työ ovat parasta sosiaaliturvaa.

Ihmiset eivät syrjäydy, kun heillä on työtä, kohtuullinen ansioturva ja riittävät vähimmäisetuudet sekä toimivat (perus)palvelut ja jäsenyys lähiyhteisöissä.

Pienituloisen sekä pitkittyneesti pienituloisen väestön osuus on kasvanut viime vuosina. Pienituloiset ovat pääosin työttömiä tai muusta syystä työelämän ulkopuolelle jääneitä, osa-aikaisia työntekijöitä, vähimmäiseläketason eläkeläisiä tai opiskelijoita. Tulon kasvu alimmissa tulokymmenyksessä on ollut hitaampaa kuin kotitalouksien keskimäärin. Sitä vastoin ylimmässä tuloryhmässä tulon kasvu on ollut nopeampaa. Pitkäaikaistyöttömien määrä on alkanut kasvaa vuonna 2008 alkaneen laman seurauksena. Pitkäaikaistyöttömistä suuri osa oli yli 50-vuotiaita. Myös nuorisotyöttömyys on kasvanut, mutta nuorten työttömyysjaksot ovat lyhyempiä.

Lapsiperheiden köyhyysaste on kasvanut viime aikoina. Yksinhuoltajien pienet tulot olivat edelleen merkittävä ongelma. Useimpiin EU-maihin verrattuna suhteellinen köyhyys on Suomessa vähäistä. Kokopäiväinen työnteko takaa varmimmin, että kotitalous ei sijoitu pienituloisimpiin ryhmiin. Kansaneläkkeeseen ja muihin vähimmäisetuuksiin viime vuosina toteutetut korotukset sekä asumismenojen omavastuun poistaminen toimeentulotuesta ovat kohentaneet pienituloisten taloudellista tilannetta.

Kuvio 15. Pienituloisen väestön osuus eri perhetyypeissä vuosina 1995 ja 2007.



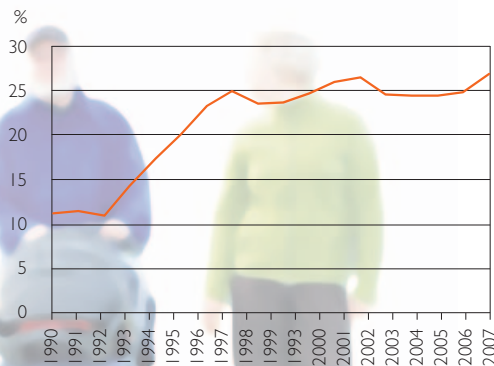
Pienituloisuusraja: 60 % kotitalouksien käytettävissä olevasta mediaanitulosta kunakin vuonna.

Lähde: Tilastokeskus, Tulonjakotilasto.

Päihdepalveluja kysytään yhä enemmän. Asiakkaiden määrä ei silti ole juuri kasvanut viime vuosina. Mielenterveyskäyntien määrä on lievästi kasvanut, mutta laitoshoidossa olleiden mielenterveyspotilaiden määrä laskenut.

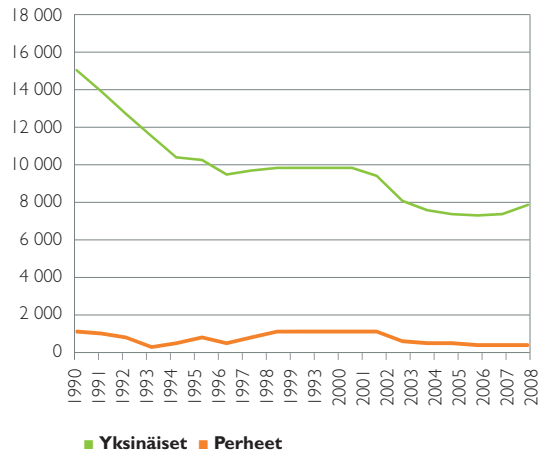
Toimeentulotuen sekä sitä pitkäaikaisesti saaneiden määrät ovat kääntyneet kasvuun. Pitkäaikainen turvan tarve on yhä merkittävä haaste. Työttömyystilanteen heikentyminen on lisännyt työttömyysturvetuuksien saajien lukumäärää. Asunnottomia on selvästi aikaisempaa vähemmän.

Kuvio 16. Toimeentulotukea 10–12 kuukautta saaneiden osuus toimeentulotukiasiakkaista vuosina 1990–2007.



Lähde: THL

Kuvio 17. Asunnottomien määrä vuosina 1990–2008.



Lähde: Valtion asuntorahasto

Hallituksen tavoitteena on puolittaa asunnottomuus vuoteen 2011 mennessä. Pääkaupunkiseudun asunnottomuuteen on haettu helpotusta erityisellä asunnottomuusohjelmalla. Varhainen puuttuminen lasten ja nuorten ongelmiin, maahanmuuttajien kotouttamisen tukeminen sekä kansallisten alkoholi- ja huumausaineohjelmien toimeenpano ja rikollisuuden ehkäisy ovat toimia, joilla syrjäytymistä yritetään estää.

Vuoden 2008 alusta helpotettiin kaikkein vähävaraisimpien asemaa, kun uuden hallitusohjelman tavoitteiden mukaisesti korotettiin eräiden vähimmäisetuuksien tasoja.

Kolmas sektori on köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen toiminnan keskeinen toimija. Kansalaisjärjestöillä on merkittävä vastuu ehkäisevässä toiminnassa ja erityisryhmien palvelujen tuottajana. Raha-automaattiyhdistys rahoitti vuonna 2008 kansalaisjärjestöjen toimintaa 312 miljoonalla eurolla.

Euroopan unionin avoin koordinaatiomenetelmä on tiivistänyt kansallista yhteistyötä köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisissa toimenpiteissä. Vaikeimmin työllistettävien työllistymistä tukevia, unionin rahoittamia toimia on meneillään useita. Vuonna 2010 vietetään eurooppalaista köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjunnan teemavuotta.

Tukea lapsiperheiden hyvinvoinnille

Vanhemmulta ja perheiden yhtenäisyyttä tuetaan lapsiperheiden arjen helpottamiseksi. Lapsista aiheutuvia kustannuksia tasataan niin, etteivät perheet joudu eriarvoiseen asemaan keskenään. Lapsille annetaan mahdollisuus kasvaa ja kehittyä turvallisessa ympäristössä ja helpotetaan työ- ja perhe-elämän yhteensovittamista.

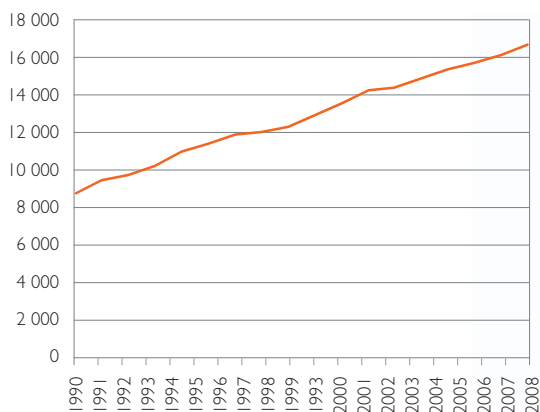
Hallitusohjelma sisältää useita perhepoliittisten etuuskien tasokorotuksia. Vuonna 2008 korotettiin yksinhuoltajien lapsilisää 10 eurolla kuukaudessa ja vuoden 2009 alusta korotettiin lapsilisää kolmannelta lapsesta lukien. Äitiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahojen sekä sairauspäivärahojen vähimmäistasoja nostettiin työmarkkinatuen tasolle vuoden 2009 alusta ja sidotaan kansaneläkeindeksiin vuonna 2011. Vuonna 2005 toimintansa aloittanut lapsiasiavaltuutettu on vakiinnuttanut asemansa lasten asioiden ajajana.

Lasten ongelmiin puututaan mahdollisimman varhain

Tärkeimmät perhepoliittiset tuet lapsiperheille ovat lapsilisät ja lasten päivähoito. Niin sanottu lapsiköyhyys on Suomessa EU-maihin verrattuna alhainen. Vuodesta 1995 köyhyysrajan alapuolella olevien lapsiperheiden määrä on kaksinkertaistunut. Vaikeimmassa asemassa ovat monilapsiset perheet sekä yksinhuoltajaperheet. Yksinhuoltajaperheistä yli 27 prosenttia eli köyhyysrajan alapuolella vuonna 2008.

Työ ja perhe-elämä eivät aina sovi yhteen ongelmitta. Asiaan on kiinnitetty paljon huomiota ja siihen liittyviä epäkohtia korjataan. Perhevapaista johtuvia työnantajakustannuksia on tasattu työnantajien kesken. Niin tehdään, etteivät kustannukset kasautuisi naisten työnantajien maksettaviksi. Isät ovat käyttäneet perhevapaita 1990-luvun alusta asti koko ajan enemmän. Kun vuonna 1990 isyysvapaata käytti 42 prosenttia isistä, oli osuus vuonna 2008 jo 72 prosenttia. Vuoden 2010 alussa pidennetään isäkuukautta kahdella viikolla. Perhevapaajärjestelmää kehitetään edelleen, jotta molemmilla vanhemmilla olisi mahdollisuus viettää enemmän aikaa pienten lasten kanssa.

Kuvio 18. Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset vuosina 1991–2008. Kyseessä ovat lapset, jotka sijoitetaan väliaikaisesti lastensuojelullisista syistä.



Lähde: THL

Yksinhuoltajaperheissä elää noin 20 prosenttia lapsista. Suurin osa Suomen lapsista voi hyvin, mutta lastensuojelun tarpeessa olevien lasten määrän jatkuva kasvu huolestuttaa.

Erityistä tukea tarvitsevia lapsia ja vanhempia on edelleen runsaasti. Huostaanottojen ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten lukumäärä jatkoi kasvua. Lastensuojelun avohoidossa olevien lasten ja nuorten määrä on vähentynyt. Huostaanottojen syynä ovat vanhempien pitkäaikaistyöttömyys, mielenterveysongelmat samoin kuin vanhempien tai lasten lisääntynyt alkoholin ja huumeiden käyttö.

Kaste-ohjelmassa on käynnistetty lasten, nuorten ja perheiden palvelujen perusteellinen uudistaminen, muun muassa valtionavustuksin tuetaan viittä valtakunnallisesti laajaa kehittämishankekokonaisuutta, joiden tavoitteena on käynnistää lasten, nuorten ja lapsiperheiden perustason palveluiden uudistusprosessi koko maassa. Näissä hankkeissa nivotaan yhteen lapsen kehitystä tukevat, ongelmia ja häiriöitä ehkäisevät sekä korjaavat palvelut yli nykyisten sektorirajojen.

Päivähoidossa on yhä suurempi osa alle kouluikäisistä lapsista. Kodin ulkopuolella hoidettujen 3–5-vuotiaiden lasten osuus on noussut 73 prosenttiin. 1–2-vuotiaista vastaava osuus on 42 prosenttia, sillä suuri osa tämänikäisistä hoidetaan kotona kotihoidon tuella. 6-vuotiaista lähes kaikki osallistuivat esiopetukseen. Koululaisten aamu- ja iltapäivätoimintaan on panostettu viime vuosina. Lisäksi perusopetuksen ensimmäisen ja toisen luokan ajan lapsen vanhemmat, joiden viikoittainen työaika on enintään 30 tuntia, saavat pienen korvauksen työaikansa lyhentämisestä.

Tasa-arvoa toimintaohjelmilla

Naisten ja miesten välinen tasa-arvo kaipaakin vielä vahvistamista. Hallitus edistää naisten ja miesten välisen tasa-arvon toteutumista suunnitelmallisesti. Tasa-arvotietoisuutta lisätään kouluissa ja naisten ja miesten voimakasta eriytymistä eri oppialoille lievennetään. Tämä vähentää työmarkkinoiden eriytymistä sukupuolen mukaan. Naisten tasa-arvoinen urakehitys on tärkeää kilpailukyvyyn ja hyvinvoinnin näkökulmasta. Toimia tarvitaan sekä yksityisellä että julkisella sektorilla. Työn ja perheen parempi yhteensovittaminen tukee tasa-arvoisia mahdollisuuksia. Sukupuolten välisistä palkkaeroista halutaan päästä eroon. Tätä hallitus edistää samapalkkaisuusohjelmalla. Tärkeänä tavoitteena on myös naisiin kohdistuvan väkivallan vähentäminen. Myös miesten tasa-arvoon kiinnitetään jatkossa entistä enemmän huomiota.

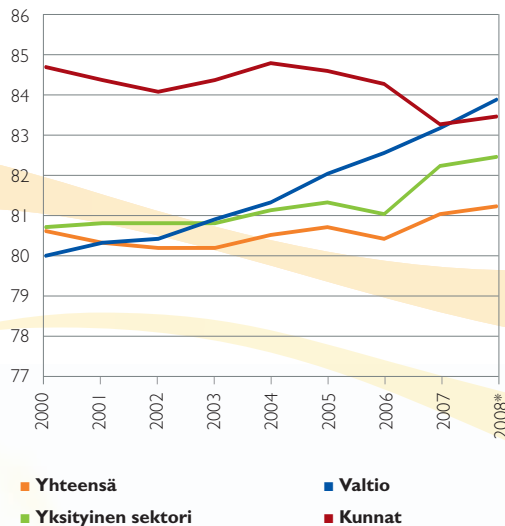


Tasa-arvotavoitteiden valtavirtaistamisella tarkoitetaan sitä, että tasa-arvonäkökulma otetaan osaksi kaikkea valmistelua ja päätöksentekoa eri hallinnonaloilla.

Tasa-arvotavoitteiden valtavirtaistamisella tarkoitetaan sitä, että tasa-arvonäkökulma otetaan osaksi kaikkea valmistelua ja päätöksentekoa eri hallinnonaloilla.

Vuosina 2008–2011 hallituksen tasa-arvopoliittikkaa kokoa ja koordinoi tasa-arvo-ohjelma. Ohjelman toteuttamisessa ovat mukana kaikki hallinnonalat. Ohjelmassa esitetään kärkihankkeet, jotka perustuvat hallitusohjelman tasa-arvopoliittisiin painopisteisiin. Niitä ovat tasa-arvotietoisuuden lisääminen kouluissa, segregaaation lieventäminen, työn ja perheen yhteensovittamisen parantaminen, sukupuolten palkkaerojen kaventaminen, naisten urakehityksen edistäminen, naisiin kohdistuvan väkivallan vähentäminen sekä sukupuolinen näkökulman valtavirtaistaminen. Se on strategia, jonka mukaisesti kaikkia toimenpiteitä ja päätöksiä tulee arvioida siitä näkökulmasta, millaisia vaikutuksia niillä on miehiin ja naisiin.

Kuvio 19. Naisten ansiot miesten ansioista, %



Lähde: Tilastokeskus.

Naisten osuus poliittisessa päätöksenteossa on kasvanut sekä paikallis- että valtakunnan tasolla. Myönteinen kehitys jatkossa riippuu siitä, että myös ehdokkaiksi saadaan enemmän naisia. Tasa-arvolaki edellyttää, että kunnanhallituksissa on yhtä paljon naisia kuin miehiä. Vuonna 2001 kunnanhallitusten jäsenistä naisia oli 45,4 prosenttia, kun osuus vuonna 1993 oli vain 24,5 prosenttia. Naisten osuus valtion ylimmästä johdosta on kuitenkin Suomessa eurooppalaisittain alhainen. Myöskään taloudellisessa päätöksenteossa kehitys ei ole itsestään selvästi myönteistä; naisten eteneminen mm. pörssiyritysten hallituksiin on hidasta.

Katse tulevaisuuteen

Sosiaaliturvan lähivuosien isoja haasteita ovat väestön ikääntyminen, laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden turvaaminen, väestön sosiaalisen ja taloudellisen jakautumisen estäminen, kansainvälinen talouskehitys, Euroopan yhteisön tiivistyvä yhteistyö sosiaaliturvan alalla, uuden teknologian vaikutukset sekä maan alueellinen kehitys.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma toteutetaan vuosina 2007–2011. STM osallistuu aktiivisesti kahteen muuhun hallituksen politiikkaohjelmaan, joilla vahvistetaan työn ja yrittämisen asemaa, työelämän hyvinvointia sekä parannetaan lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointia. Vuosina 2008–2011 toteutetaan sosiaaliturvan kokonaisuudistus. Palvelurakenteeseen tehdään mittava kokonaisuudistus. Siihen liittyy laajoja lainsäädäntöhankkeita, kuten uusi terveydenhuoltolaki. Sosiaalihuoltolain kokonaisuudistuksen tarve selvitetään vuoden 2010 kevääseen mennessä. Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (Kaste) luo puitteet palvelusektorin työn sisältöjen kehittämiseksi. Sen osana toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon innovaatiohankkeita. Masennuksesta aiheutuviin työkyvyttömyyseläkkeisiin vaikutetaan laajalla masennuksen ehkäisy eli MASTO-hankkeella. Tasa-arvoa edistävä hallituksen tasa-arvo-ohjelma jatkuu sekkin.

Eläkefoorumi ja työhyvinvointifoorumi aloittavat työnsä vuonna 2008. Sosiaaliturvan uudistaminen jatkuu yli hallituskauden.

Euroopan unionin sisämarkkinoiden kehitys sekä Lissabonin sopimus tuovat haasteita kansalliseen sosiaalipolitiikkaan. Myös keskustelu julkisen sektorin asemasta, tehtävistä ja ohjausroolista sekä julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön muodoista jatkuu.

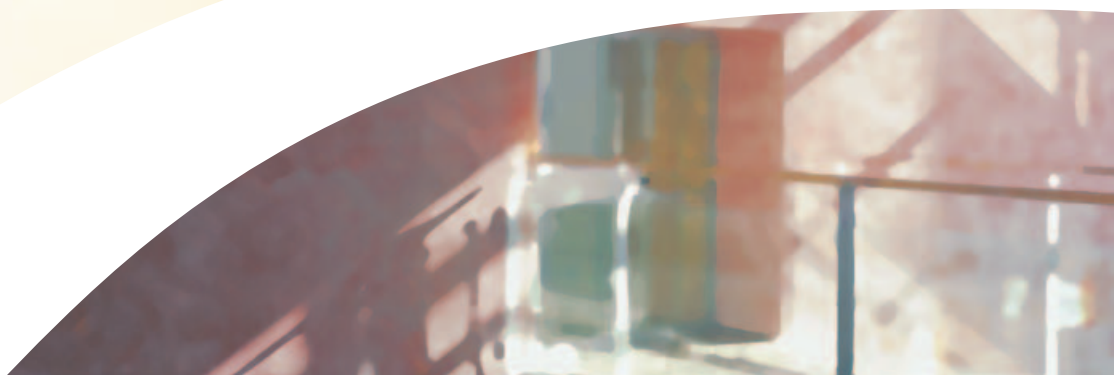
Hallinnonala on organisoitu uudelleen. Myös sosiaali- ja terveysministeriön organisaatiota on uudistettu viime vuosina. Tavoitteena on tehostaa toimintaa, parantaa yhteistyötä ja lisätä vaikuttavuutta.



Palkkauskellinen tasa-arvo on todettuna erikseen Suomen perustuslaissa ja tasa-arvolaisissa. Naisten palkat ovat edelleen keskimäärin pienemmät kuin miesten vastaavat palkat. Suuri palkkaerojen syy on naisvaltaisten alojen ja ammattien miesten aloja alhaisempi arvostus. Hallitus tavoittelee edistymistä palkkatasa-arvossa laajalla, työmarkkinaosapuolten ja hallituksen yhteisellä samapalkkaisuusohjelmalla. Tässä yhteydessä myös selvitetään tasa-arvosuunnitelmien ja niiden sisältämien palkkakartoitusten toteutumista.

Katse TULEVAISUUTEEN

21



Sosiaali- ja terveyspolitiikan haasteita

- Globalisoituminen
- Euroopan integraatio
- Demografiset muutokset
- Teknologian kehitys
- Työelämän ja työympäristön kehitys
- Työllisyys
- Köyhyys ja syrjäytyminen sekä väestön polarisaatiokehitys
- Kansanterveyden kehitys ja elinympäristö
- Julkisen talouden kehitys
- Aluekehitys, kaupungistuminen
- Arvojen muutos

Toiminnan painotuksia

- Sosiaalisia epäkohtia ehkäisevän ja mahdollisuuksia avaavan toimintatavan vahvistaminen
- Väestön työ- ja toimintakyvyn parantaminen
- Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen
- Ylipainoisuuden vähentäminen
- Päihdehaittojen vähentäminen
- Työurien pidentäminen
- Sairauspoissaolojen vähentäminen
- Työhyvinvoinnin lisääminen
- Masennuksen ehkäisy
- Sosiaaliturvauudistuksen toimeenpano
- Pitkäaikaistyöttömyyden vähentäminen
- Lapsiperheiden köyhyyden vähentäminen
- Päihde- ja huumehoitopalvelujen turvaaminen
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämishankkeen toimeenpano
- palvelulainsäädännön kokonaisuudistus
- palvelurakennemuutoksen toimeenpano
- Henkilöstön riittävyys sosiaali- ja terveydenhuollossa
- Työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen
- Lapsiperheiden erityispalveluiden turvaaminen
- Lasten turvallisten kasvuympäristöjen turvaaminen
- Tasa-arvolain toimeenpano
- Naisten ja miesten palkkaerojen kaventaminen
- Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentäminen

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN hallinnonalalla on paljon osaamista

Hallinnonala on organisoitu uudelleen vuosina 2008–2009, jotta koko hallinnonala tukisi sosiaali- ja terveyspolitiikan tehokasta toimeenpanoa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) aloitti toimintansa 1.1.2009, kun Stakes ja Kansanterveyslaitos (KTL) järjestettiin uudelleen ja niistä muodostettiin kokonaan uusi organisaatio. THL:n tehtävänä on väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittäminen. THL toimii alansa tilastoviranomaisena sekä huolehtii tehtäväalueensa tietoperustasta ja sen hyödyntämisestä.
www.thl.fi

Sosiaali- ja terveystieteen lupa- ja valvontavirasto (Valvira) aloitti toimintansa 1.1.2009. Se syntyi, kun Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO) ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus (STTV) yhdistyivät. Valvira parantaa ohjauksen ja valvonnan keinoin elinympäristön terveysriskien hallintaa, oikeusturvan toteutumista sekä palvelujen laatua sosiaali- ja terveydenhuollossa.
www.valvira.fi

Uusi lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimea aloitti toimintansa 1.1.2009. Sen tehtäväkokonaisuuksiin kuuluvat lääkealan lupa- ja valvontatehtävät, tutkimus- ja kehittämistehtävät sekä lääketiedon tuottaminen ja välittäminen lääkehuollon ja lääkehoitojen vaikuttavuuden parantamiseksi.
www.fimea.fi

Sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunta (SOMLA) on sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla toimiva sosiaalivakuutuksen erikoistuomioistuimeen rinnastettava muutoksenhakuelin.

Työttömyysturvan muutoksenhakulautakunta (TLK) on sosiaalivakuutuksen muutoksenhakuelin työttömyysturvaa koskeissa asioissa.
www.stm.fi > Yhteystiedot > Neuvottelu- ja lautakunnat.

Säteilyturvakeskus (STUK) valvoo ydinvoimalaitoksia, ydinmateriaaleja ja ydinjätteitä sekä säteilyn ja radioaktiivisten aineiden käyttöä terveydenhuollossa, teollisuudessa, tutkimuksessa ja opetuksessa.
www.stuk.fi

Työterveyslaitos (TTL) on monitieteinen tutkimus- ja asiantuntijalaitos, joka edistää maamme työikäisen väestön työ- ja toimintakykyä, kokonaisterveyttä ja elämänlaatua.
www.ttl.fi

Raha-automaattiyhdistys (RAY) kerää rahapelitoiminnalla varoja suomalaisten sosiaali- ja terveysjärjestöjen tukemiseen.
www.ray.fi

Aluehallintovirastojen työsuojelualueet, entiset työsuojelupiirit vastaavat työsuojelun valvonnasta 1.1.2010 alkaen. Työsuojelun vastualueet valvovat työsuojelulainsäädännön noudattamista työpaikoilla ja neuvovat ja ohjaavat hyviä työsuojeluratkaisuja. Viranomaisvalvonnan ja -ohjauksen tavoitteena on, että työpaikat arvioivat itse yhä enemmän työolojaan ja ryhtyvät tarvittaviin toimenpiteisiin työolojen parantamiseksi.
www.tyosuojelu.fi

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla toimivat itsenäiset laitokset ja virastot tuottavat tutkimus- ja kehittämistietoa ministeriön työn tueksi: lainsäädännön valmisteluun, sosiaali- ja terveyspolitiikan linjaamiseen sekä päätöksenteon pohjaksi. Osa virastoista toimii lupa- ja valvontaviranomaisina. Hallinnonalan virastoissa ja laitoksissa työskentelee yli 4000 henkeä.

■ SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ
PL 33, 00023 VALTIONEUVOSTO

KÄYNTIOSOITE:
MERITULLINKATU 8, 00170 HELSINKI

Puh. vaihde (09) 16001

Faksi (09) 160 74126

Internet: www.stm.fi

Sähköposti: etunimi.sukunimi@stm.fi

Julkaisuja 2009: 14

ISSN 1797-9854 (verkkojulkaisu)
ISBN 978-952-00-2944-9 (PDF)

URN:ISBN:978-952-00-2944-5
<http://um.fi/URN:ISBN:978-952-00-2944-5>